

SAVREMENE METODE PLANIRANJA PORODICE

MODERN METHODS OF FAMILY PLANNING

Ana Mitrović Jovanović^{1, 2}

¹ Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, Srbija

² Klinika za ginekologiju i akušerstvo „Narodni front“, Beograd, Srbija

Korespondencija sa autorom:

Prof. dr Ana Mitrović Jovanović

Klinika za ginekologiju i akušerstvo „Narodni front“,
Kraljice Natalije 62, Beograd, Srbija

anamitrovicjov@googlemail.com

Sažetak

Kontracepcijom je razdvojen seksualni život od prokreacije, a to parovima omogućava bolju kontrolu i planiranje sopstvenih života, a samim tim i porodice.

Različite kontraceptivne metode omogućavaju individualni pristup i odabir prema medicinskim potrebama i individualnim željama korisnika. Na taj način se smanjuje rizik od neželjenih efekata i odustajanja od metode, a povećava zadovoljstvo korisnice.

Dostupne metode kontracepcije se mogu podeliti na biološke (hormonska i intrauterina), mehaničke (kondom, dijafragma, cervikalne kape), hemijske (spermicidi) i prirodne (metoda kalendara, izgled i količina cervikalne sluzi, bazalna temperatura tela). Najčešće su zastupljene: kombinovane hormonske kontraceptivne pilule, progesteronska ili mini-pilula, intrauterine kontracepcija (levonorgestrel ili Cu/Ag), transdermalni flaster, implanti, injekcije, spermicidi, metode periodične apstinencije, prekinuti snošaj, cervikalna kapa, sunđer, dijafragma, kondom (muški i ženski), metode hitne kontracepcije (levonorgestrel, ulipristal acetat i bakarna spirala) i metode sterilizacije (muške i ženske).

Savremene preporuke ukazuju na prethodno pomenutu upotrebu za individualnim pristupom u odabiru metode, ali za populaciju mladih se globalno sve više preporučuju metode iz grupe dugotrajnih reverzibilnih metoda kontracepcije (*Long-Acting Reversible Contraceptive*, LARC - spirale, implanti) uz dvojni zaštitu kondomom zbog prevencije polnopenosivih bolesti.

Efikasno savetovanje o kontracepciji i dalje predstavlja veliki izazov današnjice. Često je neophodna uzajamna saradnja zdravstvenih radnika i pacijentkinja i zajedničko sagledavanje želja i potreba sa jedne strane i benefita i rizika sa druge. Razmatranje individualnog pristupa u donošenju odluka o odabiru metoda kontracepcije je veoma značajno i moglo bi doprineti višem stepenu zadovoljstva, prihvatanja i pridržavanja aktuelnoj metodi.

Ključne reči: metode kontracepcije, efekti kontracepcije, LARC, CHC

Uvod

Reproduktivno zdravlje predstavlja stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i nesposobnosti u odnosu na reproduktivni sistem i njegove funkcije. To podrazumeva da se ostvaruje zadovoljavajući i bezbedan polni život uz očuvanje reproduktivne sposobnosti i da postoji sloboda u odlučivanju o broju dece i vremenu kada će se roditi¹.

Planiranje porodice, kontracepcija, je sociološki prepoznat i prihvaćen koncept savremenog života unazad nekoliko decenija. Kontracepcija danas predstavlja esencijalni deo komplikovanog modernog života. Kontracepcijom je razdvojen seksualni život od prokreacije, a to parovima omogućava bolju kontrolu i planiranje sopstvenih života, a samim tim i porodice.

Kontracepcija nije novina, ali prihvatljivost, dostupnost rasprostranjenost, efikasnost, bezbednost, kao i same metode se menjaju i usavršavaju. Različite kontraceptivne metode omogućavaju individualni pristup i odabir prema medicinskim potrebama i individualnim željama korisnika. Na taj način se smanjuje rizik od neželjenih efekata i odustajanja od metode, a povećava zadovoljstvo korisnice.

Podela i efikasnost metoda kontracepcije

Dostupne metode kontracepcije se mogu podeliti na biološke (hormonska i intrauterina), mehaničke (kondom, dijafragma, cervikalne kape), hemijske (spermicidi) i prirodne (metoda kalendara, izgled i količina cervikalne sluzi, bazalna temperatura tela). Najčešće su zastupljene: kombinovane hormonske kontraceptivne pilule, progesteronska ili mini-pilula, intrauterine kontracepcija (levonorgestrel ili Cu/Ag), transdermalni flaster, implanti, injekcije, spermicidi,

metode periodične apstinencije, prekinuti snošaj, cervikalna kapa, sunđer, dijafragma, kondom (muški i ženski), metode hitne kontracepcije (levonorgestrel, ulipristal acetat i bakarna spirala) i metode sterilizacije (muške i ženske).

Abortus je nažalost još uvek prisutan kao metod planiranja porodice, iako on to nije i ne sme biti. Uostalom, osnovni cilj kontracepcije kao koncepta planiranja porodice je smanjivanje broja neplaniranih trudnoća i povećanje broja planiranih i uspešnih trudnoća, odnosno zdravo povećanje nataliteta.

Savremene preporuke ukazuju na prethodno pomenutu potrebu za individualnim pristupom u odabiru metode, ali za populaciju mladih se globalno sve više preporučuju metode iz grupe dugotrajnih reverzibilnih metoda kontracepcije (*Long-Acting Reversible Contraceptive*, LARC - spirale, implanti) uz dvojni zaštitu kondomom zbog prevencije polno prenosivih bolesti. Imajući u vidu da se procenjuje da mladi u Srbiji u prve seksualne odnose stupaju u periodu od 15. do 18. godine, neophodna je edukacija i dostupnost hitne kontracepcije, posebno u ovoj uzrasnoj grupi s obzirom na karakteristike seksualnog ponašanja, vezane za životni period. Svetski trend su i metode tzv. *green* - zelene kontracepcije. U Republici Srbiji od svih navedenih metoda, najčešće su u upotrebi metode prirodne kontracepcije, a od savremenih metoda, muški kondom, kombinovane hormonske kontraceptivne pilule i intrauterina kontracepcija (levonorgestrel ili Cu/Ag). Nažalost, gotovo 40% stanovništva u reproduktivnom periodu ne koristi nijednu od metoda kontracepcije.

U pogledu efikasnosti, sve navedene metode kontracepcije imaju izraženu efikasnost kroz upotrebu *Pearl Index* (PI) vrednosti koja se globalnom konvencijom koristi u svim studijama koje se ovom tematikom bave. PI je jedna od najčešćih metoda za računanje kontraceptivne efikasnosti - broj trudnoća na 100 žena - godina izloženosti (100 žena tokom jedne godine upotrebe ili 10 žena tokom 10 godina upotrebe). Loša komplijansa i greške korisnice uzrokuju povećanje PI. Rizik za neželjenu trudnoću je veći ako su greške u upotrebi metode nastupile na samom početku ili na početku druge polovine ciklusa, jer to povećava slobodni hormonski interval tokom kog se nastavlja sazrevanje folikula. Danas postoje metode koje su minimalno zavisne od načina upotrebe korisnice, pa je tako minimalizovan i uticaj greške na efikasnost takvih metoda. Generalno gledano, moderne metode kontracepcije su višestruko efikasnije od starijih, pre svega prirodnih metoda.

Korišćenje savremene kontracepcije je veoma bitno, jer rezultuje efikasnim planiranjem trudnoća, bez suočavanja sa neželjenim trudnoćama i arteficialnim abortusima. Značajne su i brojne nekontraceptivne prednosti koje pružaju pojedine metode kontracepcije, a koje dodatno doprinose očuvanju i unapređenju opšteg i reproduktivnog zdravlja žena. Važne dobrobiti planiranja porodice su i smanjivanje broja visoko rizičnih trudnoća, snižavanje stope materinske smrtnosti, optimalni rast i razvoj dece, kao i bolji

kvalitet roditeljstva, porodičnog života, ličnog i profesionalnog ostvarivanja.

Metode redovne hormonske kontracepcije

I Kombinovana hormonska kontracepcija (*Combined Hormonal Contraception*, CHC) sadrži sintetske hormone koji su slični prirodnim hormonima žene, estrogenu i progesteronu, i dostupna je u četiri oblika:

- Kombinovana oralna kontraceptivna pilula (*Combined Oral Contraceptive Pill*, COCP),
- Kombinovani transdermalni flaster (*Combined Transdermal Patch*, CTP),
- Kombinovani vaginalni prsten (*Combined Intravaginal Ring*, CIVR),
- Kombinovani depo-preparati¹

Na našem tržištu dostupna je jedino kombinovana oralna kontraceptivna pilula. Pre propisivanja, da bi se procenila bezbednost korišćenja CHC potrebno je detaljno ispitati ličnu i porodičnu anamnezu, a posebnu pažnju treba usmeriti na slučajeve venske tromboembolije kod bliskih srodnika i da li pacijentkinja ima migrenozne glavobolje, hipertenziju, hiperlipidemiju, dijabetes melitus, kardiovaskularno oboljenje i da li je imala ili trenutno ima duboku vensku trombozu ili plućnu emboliju. Treba ispitati i koje lekove pacijentkinja upotrebljava i da li ima štetne navike, poput pušenja duvana².

Mehanizam delovanja CHC je višestruk. Osnovni mehanizam je reverzibilna supresija ovulacije, uslovljen inhibicijom sekrecije gonadotropina koja se postiže istovremenim delovanjem na centre u hipotalamusu i hipofizi³. Estrogenska komponenta sprečava sintezu i sekreciju folikulostimulišućeg hormona (*Follicle Stimulating Hormone*, FSH) i, sledstveno tome, rast i razvoj folikula, kao i selekciju dominantnog folikula⁴. Estrogen u sastavu CHC na reproduktivni sistem deluje na još dva načina. Prvi je da obezbeđuje stabilnost endometrijuma i sprečava njegovo nepravilno odlučljivanje i pojavu vanrednih krvarenja. Drugo, estrogen pojačava delovanje progestagena, verovatno indukovanjem porasta koncentracije intracelularnih receptora za progesteron. To omogućava dobru kontrolu ciklusa i smanjivanje doze progestagena u sastavu CHC⁵. Progestagenska komponenta je ključna za visoku kontraceptivnu efikasnost CHC, jer deluje inhibitory na luteinizujući hormon (*Luteinizing Hormone*, LH), sprečavajući skok LH i posledično, ovulaciju⁴. Progestagenska komponenta CHC obezbeđuje visoku kontraceptivnu efikasnost ove metode kontracepcije i uticajem na endometrijum, cervikalnu sluz i verovatno funkciju jajovoda. Tako, u endometriju progestagen izaziva morfološke i funkcionalne promene koje onemogućavaju implantaciju oplodene jajne ćelije.

Mukus u cervikalnom kanalu postaje gust, čime se smanjuje penetrabilnost cervikalnog kanala za spermatozoide. Pretpostavlja se da progestageni menjaju i motilitet i sekreciju u jajovodima, dodatno povećavajući kontraceptivnu efikasnost CHC⁵.

Kombinovana hormonska kontracepcija ima niz prednosti, koje mogu predstavljati i medicinske indikacije za uvođenje terapije. Kontraceptivni efekat ogleda se u velikoj pouzdanosti u sprečavanju trudnoće - ukoliko se koristi redovno i pravilno, u grupi od 100 žena tokom prve godine korišćenja nastane 0,3 trudnoće, a pri uobičajenoj primeni (sa svim nepravilnostima i propustima) 6 do 8 trudnoća.

Podela kombinovane oralne kontracepcije

Kombinovana oralna kontracepcija može se podeliti prema sastavu tableta u pakovanju, prema dozi estrogena i vrsti progesterona. Trenutno svi COCP dostupni na tržištu sadrže sintetski estrogen, etinil-estradiol (*Ethinyl Estradiol*, EE), sa izuzetkom jednog preparata COCP u čijem sastavu je estradiol-valerat.

Prema sastavu tableta, u pakovanju može biti monofazna (sve tablete u pakovanju sadrže jednake doze estrogena i progestagena) i višefazna (u jednom pakovanju postoje dve ili tri vrste tableta koje sadrže različite doze estrogena i progestagena).

Prema dozi estrogena, postoje tri vrste preparata: sa vrlo niskom dozom estrogena (0,015-0,020 mg u tableti), sa niskom dozom estrogena (0,030-0,035 mg u tableti) i sa visokom dozom estrogena (0,050 mg u tableti).

Prema vrsti progestagena, na dispoziciji su četiri vrste preparata: preparati koji sadrže progestagen sa rezidualnim androgenskim delovanjem (linestrenol, norethisteron acetat, levonorgestrel), preparati koji sadrže progestagen sa minimalnim androgenskim delovanjem (dezogestrel, gestoden, norgestim), preparati koji sadrže progestagen sa antiandrogenskim delovanjem (ciproteron acetat, dienogest, hlormadinon acetat, drospiren) i preparati koji sadrže progestagen sa antimineralokortikoidnim delovanjem (drospiren)².

Medicinske indikacije za primenu CHC su sledeće: kontracepcija, poremećaj menstruacionog ciklusa (oligomenoreja, disfunkcijska krvarenja, hipomenoreja, oligomenoreja), dismenoreja (primarna i sekundarna), sindrom predmenstruacione napetosti, sindrom policističnih ovarijuma, prevencija razvoja funkcionalnih cisti ovarijuma, bolovi u maloj karlici uslovljeni endometrioza².

II Intrauterina kontracepcija (*Intrauterine Contraception*, IUC) pripada dugodelujućim, reverzibilnim metodama redovne hormonske kontracepcije. Odlikuje je veća efikasnost u sprečavanju trudnoće od kratkodelujuće kontracepcije, jer je korišćenje nezavisno od korisnice, pa je stopa neuspeha približna pri idealnom i uobičajenom načinu upotrebe.

Posete ginekologu su ređe kada žena koristi IUC, nego kada koristi kombinovanu oralnu kontracepciju⁶.

Intrauterini uložak ili sistem s levonorgestrelom (*Levonorgestrel Intrauterine System*, LNG-IUS) je oblika T i ima jezgro od elastomera koje sadrži sintetski progestagen, levonorgestrel (*Levonorgestrel*, LNG). Intrauterini dostavni sistem sadrži 52 mg levonorgestrela. Na početku se oslobađa približno 20 mikrograma levonorgestrela na dan. Ta količina se progresivno smanjuje na približno 8,6 mikrograma na dan nakon 6 godina.

Dakle, LNG-IUS je efikasan tokom šest godina kada se primenjuje u kontraceptivne svrhe i pet godina kada se primenjuje u terapiji obilnog menstrualnog krvarenja. Stoga ga treba ukloniti nakon 5 ili 6 godina primene, u zavisnosti od indikacije. Još jedna indikacija za primenu LNG-IUS je i zaštita endometrijuma od hiperplazije tokom estrogenske supstitucione terapije.

Pre propisivanja IUC, potrebna je detaljna anamneza i procena medicinske podobnosti za korišćenje intrauterine kontracepcije. Ginekološki pregled je potreban da bi se utvrdio položaj uterusa i isključilo zapaljenje organa male karlice. Ultrasonografski pregled omogućava procenu veličine i oblika kavuma uterusa^{7, 8}. Dodatna ispitivanja, poput krvne slike i biopsije endometrijuma mogu da budu potrebna kod žena za menoragijom ili menometroragijom, posebno ako drugi vidovi lečenja nisu bili uspešni ili postoje faktori rizika za ginekološko oboljenje⁹.

Mehanizam delovanja LNG-IUS baziran je na sprečavanju implantacije usled levonorgestrelom izazvane atrofije endometrijuma, i to predstavlja osnovni mehanizam delovanja LNG-IUS. Dodatno, trudnoću prevenira inflamatorna reakcija endometrijuma na prisustvo stranog tela u uterusu, a progestagenski efekat LNG-IUS na cervikalni sekret ometa prolazak spermatozoida iz vagine u uterus^{10, 11}. Uticaj LNG-IUS na hipotalamusno-hipofizno-ovarijumsku osovinu je mali, tako da ovulacije postoje kod najvećeg broja (> 75%) korisnica ovog uložka¹².

Prednosti LNG-IUS su brojne. Najvažnija nekontraceptivna prednost LNG-IUS je smanjivanje intenziteta menstruacionih krvarenja. Obilna menstruaciona krvarenja bez organskog uzroka su čest problem žena reproduktivnih godina i mogući terapijski izazov za ginekologe. Kada je važno da se očuva plodnost, dobro terapijsko rešenje može biti jedan od hormonskih metoda kontracepcije¹³. U sistematskom pregledu istraživanja o uspešnosti različitih vidova lečenja obilnih menstruacionih krvarenja, utvrđeno je da se najbolji rezultati postižu primenom LNG-IUS i ablacijom endometrijuma. Gubitak krvi menstruacijom je redukovano za 79, 84, 98 i 85% posle 6, 12, 24 i 36 meseci od insertovanja LNG-IUS¹⁴.

Više studija je pokazalo da je smanjivanje obilnosti menstruacija, postignuto insercijom LNG-IUS ženama koje boluju od menoragija, bilo praćeno porastom koncentracija hemoglobina i serumskog feritina. Utvrđeno je i da

ublažavanje anemije i deficita gvožđa poboljšava zdravstvene aspekte kvaliteta života¹⁵.

Neželjena dejstva LNG-IUS su retka. Žene koje razmatraju korišćenje LNG-IUS treba unapred informisati da tokom primene tog uložka, dolazi do sistemske resorpcije progestagena. Moguća je pojava akni, napetosti/bolne osetljivosti dojki, glavobolje i promena raspoloženja, koje će se vremenom ublažiti. U prvih 3-6 meseci posle insercije IUC, krvarenja mogu da budu neredovna, produžena ili učestala, ali vremenom nastupa poboljšanje karakteristika krvarenja. Tokom terapije LNG-IUS mogu nastati funkcionalne ciste ovarijuma, većina ne izaziva simptome i spontano prolazi.

Kod žena u reproduktivnom periodu, LNG-IUS se postavlja u šupljinu (kavum) materice u roku od sedam dana od početka menstruacije. Može biti zamenjen novim sistemom u bilo kom trenutku ciklusa. Smatra se da pregled nuklearnom magnetnom rezonancom kod korisnica LNG-IUS nema nikakvih ograničenja za tu vrstu pregleda².

Levonorgestrel se izlučuje u malim količinama u majčino mleko nakon primene IUS sa levonorgestrelom. S obzirom da se ne očekuje rizik za dete, dojenje se može nastaviti tokom primene LNG-IUS. Krvarenje iz uterusa je retko zabeleženo kod žena koje primenjuju IUS sa levonorgestrelom tokom dojenja.

Postavljanje nakon porođaja se ne preporučuje. Da bi se smanjio rizik od perforacije, inserciju nakon porođaja treba odložiti do potpune involucije uterusa. Ne postavljati pre nego što prođe najmanje šest nedelja nakon porođaja. Ukoliko pacijentkinja ima značajno postpartalno krvarenje i/ili bol, pre insercije treba isključiti infekciju ili druge uzroke. LNG-IUS se, takođe, može postaviti neposredno nakon prekida trudnoće u prvom trimestru.

Nekontraceptivne prednosti CHC

Mortalitet - Velika kohortna studija je pokazala da je mortalitet od bilo kog uzroka kod žena koje su nekada koristile COCP snižen za 12%, a da rizik od karcinoma nije povećan⁴. Zato pacijentkinjama treba predložiti da korišćenje COCP dugoročno neće uticati na sveukupni mortalitet.

Karcinom ovarijuma i endometrijuma - Korišćenje COCP snižava rizik od karcinoma ovarijuma i endometrijuma. Kolaborativna reanaliza 45 epidemioloških studija je pokazala da se za svakih 5 godina korišćenja COCP, rizik za karcinom ovarijuma snižava za 20%. Posle 15 godina upotrebe COCP rizik je približno sveden na polovinu. Redukcija rizika za 50% je ustanovljena i za karcinom endometrijuma. Protektivni efekat raste sa dužinom korišćenja COCP, a opada po prestanku njene primene, ali postoji još nekoliko decenija²⁹. Dokazano je da korišćenje COCP redukuje i incidencu funkcionalnih cisti ovarijuma i benignih tumora ovarijuma^{18, 19}.

Kolorektalni karcinom - Nalazi epidemioloških studija upućuju da je rizik za kolorektalni karcinom snižen kod korisnica COCP. Protektivni efekat postoji za vreme i neposredno po prestanku korišćenja COCP i izgleda da ne zavisi od dužine upotrebe ove vrste kontracepcije²⁰.

Koštani sistem - Prema dostupnim podacima, korišćenje CHC nema negativan uticaj na koštani sistem²¹. Štaviše, kod zdravih žena u premenopauzi koje CHC koriste duže od dve godine postoji povoljno delovanje na gustinu koštane mase²².

Akne - Ustanovljeno je da COCP efikasno ublažava akne. Bolji efekat ostvaruju preparati COCP koji sadrže progestagene sa antiandrogenskim efektom².

Promene raspoloženja - Istraživanja su pokazala da ne postoji jasna uzročna veza između korišćenja CHC i promene raspoloženja. Kod najvećeg broja korisnica CHC raspoloženje nije promenjeno, dok je kod drugih pogoršano ili poboljšano. Izgleda da su pogoršanje raspoloženja sklone žene koje su prethodno bile sklone depresiji. Promene raspoloženja su najjače izražene u periodu kada se hormoni ne uzimaju. Ako je pacijentkinja sklona promenama raspoloženja tokom korišćenja COCP, izgleda da prednost treba dati preparatima koji sadrže antiandrogenske progestagene, poput drospirenona ili hlormadinon acetata i nižu dozu estrogena²³.

Povećanje telesne mase - Prema sistematskom pregledu Cochrane, nema dovoljno podataka o uticaju CHC na telesnu masu, mada nije ni utvrđen značajan efekat ove vrste kontracepcije na promenu telesne mase²⁴.

Zdravstveni rizici primene CHC

Venski tromboembolizam (tromboza dubokih vena i plućna embolija). Rizik za nastanak venske tromboembolije (*Venous Thromboembolism*, VTE) među ženama u reproduktivnom periodu koje ne koriste COCP je oko 4-5/10.000 godina žene¹⁶. Kod korisnica COCP rizik za VTE je približno dvostruko veći (9-10/10.000 godina žene)¹⁷. Rizik za VTE je najveći u prvih nekoliko meseci korišćenja COCP, a zatim se smanjuje, ostajući viši u poređenju sa ženama koje ne koriste ovu vrstu kontracepcije do prestanka upotrebe COCP^{16, 17}. Kada se prekine korišćenje COCP, rizik za VTE opada i posle nekoliko nedelja je jednak riziku koji postoji kod žena koje ne koriste COCP. Do inicijalnog porasta rizika za VTE dolazi kada je pauza u korišćenju COCP četiri i više nedelja, a ne kada se sa jedne vrste COCP prelazi na drugu vrstu COCP bez pauze ili sa pauzom kraćom od četiri nedelje. Poređenja radi, rizik za VTE tokom trudnoće i ranog postpartalnog perioda je mnogo viši (29/10.000 godina žene i 300-400/10.000 godina žene)¹⁷.

Na osnovu nalaza istraživanja, veličina rizika za VTE zavisi od vrste progestagena u sastavu COCP. Smatra se da COCP koje sadrže levonorgestrel predstavljaju najbezbedniji

izbor za žene koje počinju korišćenje ili prelaze sa druge kontracepcije¹⁵. Ustanovljeno je, naime, da ni jedna „novija generacija COCP“ ne donosi snižavanje rizika za VTE. Ipak, treba naglasiti da su svi trenutno dostupni preparati COCP bezbedni.

Tokom savetovanja, žene treba upoznati sa činjenicom da postoje izvesne razlike u veličini rizika za VTE u zavisnosti od vrste progestagena u sastavu COCP, ali da je taj rizik uopšte veoma mali, odnosno značajno manji u poređenju sa onim koji postoji tokom trudnoće. Za bezbedno propisivanje COCP važno je da se isključi postojanje povišenog rizika za VTE i eventualnih kontraindikacija kod potencijalne korisnice. U izboru COCP potrebno je sagledati potrebu korisnice za nekontraceptivnim prednostima koje pružaju pojedini preparati i njeno prethodno iskustvo sa određenom vrstom COCP.

Podaci o slučajevima VTE među članovima porodice nisu dovoljni za pouzdanu procenu rizika od VTE, jer mnogi slučajevi VTE nisu naslednog karaktera. Ipak, propisivanje COCP je relativno kontraindиковano kod žena čiji su bliski rođaci (prvog stepena srodstva) imali VTE pre 50. godine života.

Karcinom dojke - Velika metaanaliza kontrolisanih studija iz 25 zemalja je pokazala da je rizik za karcinom dojke povećan za vreme korišćenja COCP (relativni rizik 1,24)²⁵. Rizik raste odmah na početku upotrebe COCP, ne zavisi od dužine korišćenja, a zatim nestaje posle 10 godina od prekida primene COCP.

Danska kohortna studija u kojoj je 1.797.932 žena praćeno tokom 11 godina pokazala je da je ukupni relativni rizik za razvoj karcinoma dojke 1,2 kod korisnica COCP u odnosu na one koje nisu koristile. Rizik zavisi od godina žene, pa se kod mlađih od 35 godina javlja jedan dodatni slučaj invazivnog karcinoma dojke na 50.000 korisnica²⁶.

Utvrđeno je, takođe, da mortalitet od karcinoma dojke nije povećan kod korisnica COCP²⁷. Žene u čijim porodicama je bilo slučajeva karcinoma dojke u povećanom su riziku da obole od te maligne neoplazme. Utvrđeno je, međutim, da korišćenje COCP kod tih žena ne povećava dodatno rizik od karcinoma dojke. Zato je bezbedno da se CHC propiše ženama sa slučajevima karcinoma dojke u porodici. Kod žena koje su nosioci BRCA1 i BRCA2 mutacija značajno je povećan rizik za karcinom dojke. Još uvek nije u potpunosti rasvetljeno da li korišćenje COCP taj rizik dodatno povećava ili ne. Imajući u vidu činjenicu da upotreba COCP kod tih žena umanjuje rizik za razvoj karcinoma ovarijuma, prednosti korišćenja CHC kod mlađih žena verovatno premašuju moguće rizike²⁸.

Način i dužina korišćenja COCP

Jedno pakovanje se koristi tokom 28 dana (u režimu doziranja 21/7 ili 24+4). Tablete se uzimaju svakodnevno, uvek u isto vreme. Ako pakovanje sadrži 21 tabletu, sledi pauza

od sedam dana, pre početka narednog. Ako pakovanje sadrži 28 tableta po završetku jednog, bez pauze se nastavlja sa narednim pakovanjem. Redovno krvarenje je uslovljeno odlublivanjem endometrijuma i obično nastupa tokom pauze (pakovanja sa 21 tabletom) ili korišćenja placebo-tableta (pakovanja sa 28 tableta, gde su 4 placebo)²⁹. U kliničkim studijama režim doziranja 24+4 može efikasnije da suprimira ovarijalnu aktivnost i poboljša kontrolu ciklusa, a skraćivanje perioda bez hormona doprinosi smanjenju hormonalnih fluktuacija i posledično ublažava mnoge simptome, koji se javljaju u sedmodnevnoj pauzi od uzimanja tablete: glavobolju, PMS, dismenoreju, produženo krvarenje itd³⁰.

Kombinovana hormonska kontracepcija može da se koristi u produženim režimima, bez pauze između pakovanja. Rezultat će biti izostanak mesečnog krvarenja. Takav način primene COCP nema štetnih efekata, a omogućava devojkama da izbegnu ili prorede krvarenje. Produženi režim COCP može da se preporuči svim korisnicama, a posebno pri odlasku na letovanje i tokom sportskih takmičenja.

Ne postoji vremensko ograničenje u dužini korišćenja COCP. Ako ne postoje kontraindikacije, ova vrsta kontracepcije može da se koristi od menarhe do menopauze^{5, 7}. Dodatno, ako je žena zadovoljna tim metodom kontracepcije, pauze od nekoliko meseci u korišćenju COCP su ne samo nepotrebne, već povećavaju zdravstvene rizike iz najmanje dva razloga. Prvi razlog je, što praveći pauzu izlažemo pacijentkinju riziku za nastanak neplanirane trudnoće, a drugi što se zbog značajnih promena u parametrima hemostaze povećava rizik za nastanak VTE¹⁶.

Kontrola ciklusa

Dobra kontrola ciklusa podrazumeva da krvarenja nastupaju samo u pauzi između pakovanja ili tokom korišćenja placebo-tableta COCP. Ta krvarenja su obično smanjenog intenziteta i dužine u poređenju sa menstruacijom. Ženu treba informisati da uprkos redovnoj primeni COCP, krvarenje ponekad može da izostane u periodu bez hormona. U takvim situacijama korisnici će se savetovati da nastavi sa upotrebom COCP na uobičajeni način, kao i da se obrati ginekologu da bi se isključila trudnoća. Moguća je i pojava vanrednih krvarenja. To je posebno često tokom prvih nekoliko ciklusa upotrebe COCP^{8, 9}.

Zaključak

Efikasno savetovanje o kontracepciji i dalje predstavlja veliki izazov današnjice. Često je neophodna uzajamna saradnja zdravstvenih radnika i pacijentkinja i zajedničko sagledavanje želja i potreba sa jedne strane, i benefita i rizika sa druge. Razmatranje individualnog pristupa u donošenju odluka o odabiru metoda kontracepcije je veoma značajno i moglo bi doprineti višem stepenu zadovoljstva, prihvatanja i pridržavanja aktuelnog metoda³¹. Međutim, iako postoji odlična efikasnost i zadovoljstvo tokom primene trenutnog vida kontracepcije, korisnice žele da znaju više. U prilog tome svedoči i velika evropska TANCO studija u kojoj je učestvovalo 676 lekara i 6.027 korisnica i koja je pokazala da postoji zainteresovanost o dobijanju više informacija o drugim metodama kontracepcije, poput dugodelujućih reverzibilnih metoda (IUS), koje zdravstveni radnici mogu pružiti³². Njihova uloga u savetovanju i podršci korisnica u očuvanju reproduktivnog zdravlja veoma je značajna.

Primena savremenih i dostupnih metoda kontracepcije u svim uzrasnim grupama u reproduktivnom periodu, treba da omogući rađanje zdrave i željene dece, ali i da sačuva reproduktivno zdravlje, posebno mladih, za period kada budu želeli da planiraju porodicu. Upotreba kontracepcije smanjuje broj abortusa, a ne natalitet, dok hormonska kontracepcija preporučena prema individualnim potrebama žene ima više prednosti nego mana.

Abstract

Contraception separates sexual activity from procreation, allowing couples better control and planning of their lives, and consequently their families.

Various contraceptive methods enable an individualized approach and selection based on the medical needs and personal preferences of users. This reduces the risk of side effects and discontinuation of the method while increasing user satisfaction.

Available contraceptive methods can be categorized as biological (hormonal and intrauterine), mechanical (condom, diaphragm, cervical cap), chemical (spermicides), and natural (calendar method, appearance and quantity of cervical mucus, basal body temperature). The most commonly used methods include: combined hormonal contraceptive pills, progestin-only or mini-pills, intrauterine contraception (levonorgestrel or Cu/Ag), transdermal patch, implants, injections, spermicides, periodic abstinence methods, withdrawal, cervical cap, sponges, diaphragm, condoms (male and female), emergency contraception methods (levonorgestrel, ulipristal acetate, and copper IUD), and sterilization methods (male and female).

Modern recommendations emphasize the importance of an individualized approach when selecting a contraceptive method. However, for the youth population, there is a growing global trend towards recommending long-acting reversible contraceptive (LARC) methods, such as intrauterine devices and implants, along with dual protection through condom use, to prevent sexually transmitted infections.

Effective contraception counseling remains a significant challenge today. It often requires cooperation between healthcare professionals and patients, with a joint assessment of desires and needs on one hand, and the benefits and risks on the other. Considering an individualized approach in decision-making regarding contraceptive method selection is crucial and can contribute to greater satisfaction, acceptance, and adherence to the chosen method.

Keywords: contraceptive methods, effects of contraception, LARC, CHC

Literatura

1. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2015.
2. Sedlecky K, Pantić Aksentijević S, Živanović A, Kapamadžija A, Mitrović Jovanović A, Relić G, et al. Kliničke smernice za kontracepciju. Preporuke za korišćenje kombinovane hormonske i intrauterine kontracepcije, Beograd, 2020.
3. Trussell J. Contraceptive efficacy. U: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M (eds). Contraceptive technology: twentieth revised edition. New York (NY): Ardent Media; 2011.
4. Killick SR, Eyong E, Elstein M. Ovarian follicular development in oral contraceptive cycle. *Fertil Steril* 1987; 48:409-13.
5. Fritz MA, Speroff L. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
6. Mavranouzouli I, LARC Guideline Development Group. The cost-effectiveness of long-acting reversible contraceptive methods in the UK: analysis based on a decision-analytic model developed for a NICE clinical practice guideline. *Hum Reprod* 2008; 23:1338-45.
7. World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2016. Available online: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252267/1/9789241565400-eng.pdf?ua=1>.
8. Family Planning. A Global Handbook For Providers. Evidence-based guidance developed through worldwide collaboration. World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs. Knowledge for Health Project. United States Agency for International Development. Bureau for Global Health. Office of Population and Reproductive Health; 2011 Update.
9. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Intrauterine Contraception. 2015. Available online: <https://www.fsrh.org/documents/ceuguidanceintrauterinecontraception/>.
10. Apter D, Gemzell-Danielsson K, Hauck B, Rosen K, Zurth C. Pharmacokinetics of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine systems and effects on ovulation rate and cervical function: pooled analyses of phase II and III studies. *Fertil Steril*. 2014 Jun;101(6):1656-62.e1-4.
11. Ortiz ME, Croxatto HB. Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. *Contraception* 2007; 75(6 Suppl.):S16-S30.
12. Jones RL, Critchley HOD. Morphological and functional changes in human endometrium following intrauterine levonorgestrel delivery. *Hum Reprod* 2000; 15(Suppl.):162-72.
13. Hoaglin DC, Filonenko A, Glickman ME, Wasiak R, Gidwani R. Use of mixed-treatment-comparison methods in estimating efficacy of treatments for heavy menstrual bleeding. *Eur J Med Res*. 2013 Jun 21;18(1):17.
14. Xiao B, Wu SC, Chong J, Zeng T, Han LH, Luukkainen T. Therapeutic effects of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the treatment of idiopathic menorrhagia. *Fertil Steril*. 2003 Apr;79(4):963-9.
15. Xu L, Lee BS, Asif S, Kraemer P, Inki P. Satisfaction and health-related quality of life in women with heavy menstrual bleeding: results from a non-interventional trial of the levonorgestrel-releasing intrauterine system or conventional medical therapy. *Int J Womens Health*. 2014 May 27;6:547-54.
16. Heinemann LAJ, Dinger JC. Range of published estimates of venous thromboembolism incidence in young women. *Contraception* 2007; 75:328-36.
17. Dinger JC, Heinemann LAJ, Kuhl-Habichl D. The safety of drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance study on Oral Contraceptives based on 142,475 women-years of observation. *Contraception* 2007; 75:344-54.
18. Lanes SF, Birman B, Walker AM, Singer S. Oral contraceptive type and functional ovarian cysts. *Am J Obstet Gynaecol* 1992; 166:956-61.
19. Westhoff C, Britton JA, Gammon MD, Wright T, Kelsey JL. Oral contraceptive and benign ovarian tumors. *Am J Epidemiol*. 2000 Aug 1;152(3):242-6.
20. Hannaford P, Elliot A. Use of exogenous hormones by women and colorectal cancer: evidence from the Royal College of General Practitioner's Oral Contraception Study. *Contraception* 2005; 71:95-8.
21. Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Curtis KM, Chen M. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jun 24;2014(6):CD006033.
22. Wei S, Venn A, Ding C, Foley S, Laslett L, Jones G. The association between oral contraceptive use, bone mineral density and fractures in women aged 50-80 years. *Contraception*. 2011 Oct;84(4):357-62.
23. Poromaa IS, Segebladh B. Adverse mood symptoms with oral contraceptives. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91:420-7.
24. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25;(1):CD003987.
25. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 1996; 347:1713-27.
26. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2017 Dec 7;377(23):2228-39.
27. Vessey M, Yeates D, Flynns S. Factors affecting mortality in a large cohort study with special reference to oral contraceptive use. *Contraception*. 2010 Sep;82(3):221-9.
28. Narod SA, Dubé MP, Klijn J, Lubinski J, Lynch HT, Ghadirian P, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *J Natl Cancer Inst*. 2002 Dec 4;94(23):1773-9.
29. Cancer and Steroid Hormones (CASH). Combined oral contraceptive use and risk of endometrial cancer. *JAMA* 1987; 257:796-800.
30. Reape KZ, DiLiberti CE, Hendy CH, Volpe EJ. Effects on serum hormone levels of low-dose estrogen in place of placebo during the hormone-free interval of an oral contraceptive. *Contraception*. 2008 Jan;77(1):34-9.
31. Huber JC, Heskamp ML, Schramm GA. Effect of an oral contraceptive with chlormadinone acetate on depressive mood: analysis of data from four observational studies. *Clin Drug Investig*. 2008;28(12):783-91.
32. Merki-Feld GS, Caetano C, Porz TC, Bitzer J. Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO Study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2018 Jun;23(3):183-93.

Konflikt interesa: Nema

Primljeno: 10. 11. 2024.

Prihvaćeno: 20. 11. 2024.

Onlajn: 31. 12. 2024.